

出前授業のお申込みは、下記の申込書に必要事項を記入し、FAXもしくはメールにてお送りください。

出前授業申込書

申 込 者	学 校 名		
	住 所	〒	
	ご担当者様	部 署 名	
		氏 名	
	T E L		
	F A X		
	E-mail		
出 前 授 業 の ご 希 望	ご希望のテーマ	学 科 名	
		テ ー マ	
	学 年		
	人 数		
	講義時間	45分・90分 ※いずれかに○を付けて下さい。	
	ご希望日時	年 月 日() 時 分 ~ 時 分	
	貸与可能機材	貴校の機材で、お借りできる物に○をお付け下さい。	
パソコン		プロジェクター	スクリーン

【お申込み・お問い合わせ先】

神戸総合医療専門学校 広報担当： 井上
〒654-0142 神戸市須磨区友が丘7丁目1番21
TEL：078-795-8000／FAX：078-793-5070
E-mail：kcc_info@kobecc.ac.jp